

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

317

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Les Hypnotiques uréiques

ET

l'Analgésie obstétricale

PAR

PIERRE CERNÉ

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1923

48

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Les Hypnotiques uréiques

ET

l'Analgésie obstétricale

PAR

PIERRE CERNÉ

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Président: M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT GERMAIN, 93

1923

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN.....

M. ROGER

PROFESSEURS.....

MM.

Anatomie.....
Anatomie médico-chirurgicale.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie générale.....
Bactériologie.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et Thérapeutique générale.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

NICOLAS
CUNEO
CH. RICHEL
André BROCA.
DESGREZ
BEZANÇON
BRUMPT
MARCEL LABBE
N.
LECENE.
LETULLE
PRENANT
RICHAUD
CARNOT
LEON BERNARD
BALTHAZARD
MENETRIER
ROGER
ACHARD

Clinique médicale.....

WIDAL
GILBERT
CHAUFFARD
MARFAN
NOBECOURT

Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance.....

Clinique des maladies des enfants.....

Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-
céphale.....

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....

Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique des maladies contagieuses.....

CLAUDE
JEANSELME
PIERRE MARIE
TEISSIER
DELBET
LEJARS
HARTMANN
GOSSET
DE LAPERSONNE
LEGUEU
BRINDEAU
JEANNIN
COUVELAIRE
J. L. FAURE
AUGUSTE BROCA
VAQUEZ
SEBILEAU
DUVAL
SERGENT

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....

Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

Clinique gynécologique.....

Clinique chirurgicale infantile.....

Clinique thérapeutique.....

Clinique oto-rhino-laryngologique.....

Clinique thérapeutique chirurgicale.....

Clinique propédeutique.....

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI
ALGLAVE
BASSET
BAUDOIN
BLANCHETIERE
BRANCA
CAMUS
CHAMPY
CHEVASSU
CHIRAY
CLERC
DEBRE
DESMAREST

DUVOIR
FIESSINGER
GARNIER
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
HEITZ-BOYER
JOYEUX
LABBE (HENRI)
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS

LARDENNOIS
LE LORIER
LEMIERRE
LEQUEUX
LEREBoullet
LERI
LEVY-SOLAL
MATHIEU
METZGER
MOCQUOT
MULON
OKINCZYC
PHILIBERT

RATHERY
RETTERRER
RIBIERRE
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ (A)
TANON
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opi-
nions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être con-
sidérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner au-
cune approbation ni improbation.



A MON PÈRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE ROUEN

Mon premier maître.

A M. LE PROFESSEUR BRUNON
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN
ET A MES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE ROUEN
A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat

ANNÉE 1911-1912
M. le PROFESSEUR KIRMISSON
1912-1913
M. LE DOCTEUR GALLIARD
1913-1914
M. LE DOCTEUR FAISANS
1914 et 1920
M. LE DOCTEUR DUFOUR
1921-1922
M. LE DOCTEUR FUNCK-BRENTANO

Internat

1920-1921
M. LE PROFESSEUR BROCA

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En le remerciant du grand honneur
qu'il m'a fait en voulant bien pré-
sider cette thèse.*

Avant-Propos

Nous tenons à remercier tout particulièrement notre maître, M. le Docteur Funck-Brentano, qui pendant deux années nous a guidé de ses conseils et de son expérience, nous a témoigné une confiance dont nous garderons toujours le précieux souvenir et nous a inspiré ce qui va suivre.

Introduction

Etudiant la question, Pinard dit :

« L'anesthésie obstétricale est celle qui est pratiquée dans le but de modifier l'acte de l'accouchement, à une période quelconque.

« Tantôt on a pour but la disparition d'un état pathologique, contracture ou rétraction tétanique de l'utérus, tantôt on veut simplement atténuer ou faire disparaître l'élément douleur dans l'accouchement physiologique, ce qui constituerait l'analgésie obstétricale ».

Est-il possible d'atténuer ou même de supprimer les douleurs, qui commençant à l'effacement du col, vont augmenter à la période de dilatation, en intensité et en fréquence, pour devenir « concassantes » à l'expulsion et au passage de la vulve ?

Depuis trois quarts de siècle, cette question a intéressé les accoucheurs et a été l'objet de nombreuses recherches ; tour à tour préconisée et combattue, il semble qu'elle soit de nos jours plus brûlante que jamais.

Reprise par de nombreux expérimentateurs sur des bases différentes grâce aux possibilités qu'offrent à la thérapeutique les progrès incessants de la chimie phar-

maceutique, la lutte reste aussi ardente entre ses partisans et ses détracteurs.

Pourquoi cette lutte ?

Il y a d'abord les adversaires irréductibles de cette analgésie, ceux qui à aucun prix ne veulent voir une indication à modifier un acte physiologique normal, et qui pesant de toute leur autorité, la rejettent purement et simplement, en déclarant que dans leurs services hospitaliers ou dans leur clientèle propre, ils n'ont jamais trouvé une indication vraie à l'emploi de l'anesthésique.

Pinard, pour justifier un tel aphorisme, se base sur l'ignorance où l'on est de pouvoir mesurer la douleur : on est, dit-il, « mal placé pour obtenir la solution du problème ».

Pour d'autres, il faut en réserver l'emploi à quelques femmes nerveuses et déprimées, et au cas où l'on se trouve en face d'un travail difficile, irrégulier, par excès de contractilité utérine.

Telles sont les conclusions de Vigne, dans une revue générale sur la question.

Doit-on véritablement partager l'opinion de ces auteurs et réserver l'emploi d'un analgésique ou anesthésique quelconque à une certaine catégorie de femmes ? autrement dit, l'anesthésie obstétricale ne doit-elle être employée que pour obtenir la disparition d'un état pathologique quelconque, soit mental, soit organique, comme la contraction tétanique de l'utérus. Faut-il ne l'utiliser que comme agent thérapeutique des convulsions éclamptiques, par exemple ; ou encore mieux la réserver

ver aux interventions obstétricales : forceps, version, réduction de cordon procident, délivrance artificielle : cas où tous les auteurs sont d'accord pour recourir à l'anesthésie complète.

Ces opinions sont très défendables si l'application de l'analgésie offre un danger quelconque, soit pour la mère, soit pour l'enfant. Mais si vraiment il est facile, sans risques, de transformer un acte physiologique douloureux, que seules les femmes ayant accouché peuvent apprécier, pourquoi par principe en rejeter le moyen et le garder jalousement pour des « malades ».

A part pour quelques rares femmes particulièrement favorisées, l'accouchement reste un acte douloureux, que bien des primipares redoutent en l'affrontant courageusement. Quant aux autres, que de multipares en craignent le retour, au point de vouloir limiter le nombre de leurs grossesses !

N'est-ce pas un argument de valeur, quand on s'effraye à juste titre de notre natalité déficiente.

Aussi croyons-nous qu'une analgésie, facilement obtenue, facilement dosable, et sans danger peut être appliquée à toutes les femmes, quelque soit leur état pathologique ou physiologique.

Qu'importe l'intensité de la douleur et l'ignorance où nous sommes de la mesurer. Qu'elle existe ou qu'elle soit imaginaire, pourquoi ne pas la calmer ?

Que fait le médecin en présence d'une colique hépatique ? A-t-il jamais mesuré l'intensité de la douleur ? Là pas plus que dans l'accouchement, il n'existe d'instrument de mesure.

Il y a un fait, le malade souffre, et on le soulage avec de la morphine sans chercher plus loin.

Pourquoi ne pas vouloir donner à une parturiente le même soulagement un peu aveugle ?

Historique de l'Anesthésie obstétricale

Bacon, posant le problème, « donne ordre aux médecins de rétablir santé, mais aussi de calmer douleurs et souffrances » et n'est-ce pas là tout le rôle du médecin, ce que l'on attend de lui, et pourquoi on lui fait confiance.

Quittons le terrain philosophique et plaçons-nous sur le terrain obstétrical.

Dès 1807, Wigand engage les accoucheurs à rechercher les moyens propres à adoucir les douleurs.

Depuis trois quarts de siècle ce but a été recherché et les expérimentateurs se sont adressés, soit à l'anesthésie générale, soit, plus tard, tant en France qu'à l'étranger, à l'analgésie obstétricale par des hypnotiques.

C'est à Simpson, en 1847, que l'on fait remonter l'usage du chloroforme. L'anesthésique était donné d'abord à de fortes doses, puis on diminuait peu à peu la narcose dans l'intervalle des contractions.

La reine Victoria, devant les résultats obtenus, consacra cette méthode en se faisant anesthésier à son premier accouchement.

Depuis, nombre d'accoucheurs ont repris cette méthode, à l'heure actuelle encore très employée. L'usage

courant est de faire inhaler des bouffées de chloroforme dès le début de la contraction.

Il est difficile de maintenir une anesthésie régulière à l'état voulu d'analgésie. Cependant c'est une méthode qui a rendu et rend encore les plus grands services, excellente même dans bien des cas, si elle est employée par des mains expertes.

Tout en calmant une nervosité et une agitation de début, on obtient, outre l'analgésie, une amnésie des douleurs passées.

L'éther a été également employé concurremment au chloroforme avec un égal succès.

Un troisième anesthésique général, le protoxyde d'azote, n'a pas trouvé en France la faveur dont il jouit surtout en Amérique.

Par lui on a obtenu des résultats intéressants au point de vue obstétrical, il semble que l'état d'asphyxie qui caractérise cette narcose ait un effet heureux sur le travail qui paraît accéléré.

Outre les accidents, rares toutefois, il a l'inconvénient de nécessiter pendant plusieurs heures la présence d'un aide spécialisé dans ce genre d'anesthésie, et de n'être pas utilisable partout.

On conçoit que devant l'insuffisance relative de ces moyens, des recherches multiples aient été faites dans l'emploi de substances analgésiantes dosables et injectables facilement.

La cocaïne et la morphine devaient être des substances particulièrement employées.

La cocaïne en injections rachidiennes a été l'objet

d'études, de Quincke en 1891, Doléris en 1900, enfin Gueniot a signalé sa valeur eucytotique.

Sans rejeter l'emploi d'une méthode devenue courante en chirurgie générale, il faut savoir qu'elle présente de sérieux inconvénients (céphalée, réactions méningées, phénomènes paralytiques secondaires), en dehors des dangers obstétricaux, hémorragies en particulier.

L'opium, le pantopon et surtout la morphine ont été et sont encore l'objet de nombreuses recherches en France et à l'étranger.

Le « sommeil crépusculaire » au cours de la parturition rallie de chauds partisans. En France la morphine, puis la scopolamine morphine. En Angleterre, en Amérique, en Allemagne on s'est plutôt adressé à la narcophine scopolamine.

Les doses employées sont variables, quelquefois vraiment considérables, surtout chez les Allemands qui ont montrés une audace quelquefois fâcheuse.

Dans les cas où on a voulu réaliser une analgésie complète, des accidents relativement fréquents ont été signalés.

Pour la parturiente, tendance à l'hémorragie, reconnue par les différents auteurs. Leroy qui a travaillé la question de la scopolamine-morphine dans le service de notre maître Funck-Brentano, s'exprime ainsi dans ses conclusions : « Cette méthode augmente les risques de l'hémorragie » et pourtant on peut voir dans sa thèse combien il s'est montré prudent dans les doses employées.

Pour l'enfant, né assez souvent en apnée ou en oligopnée, quelques cas de mort sont le bilan de la scopolamine morphine, comme l'ont montré les statistiques de Holliday, de Herbert Williams, de Reed, de Brain entre autres.

Les épidurales, à la cocaïne, novocaïne, ou à la syncaïne que nous avons vu employer, ne nous ont pas donné de résultats satisfaisants.

L'anesthésie locale du col a été étudiée elle aussi : cocaïne, niketol, et il ne semble pas que ce soit de ce côté que les recherches doivent être orientées.

Au cours de notre long stage dans le service de M. Funck-Brentano, et sous son impulsion, nous avons été appelés à faire de nombreuses recherches sur l'anesthésie obstétricale.

La morphine-scopolamine, l'hémypnal, essayés tour à tour, ne nous ont pas donné satisfaction dans les expériences, peut-être trop peu nombreuses, que nous avons pratiquées.

Comment réaliser une analgésie suffisante sans employer de substances dangereuses, tant pour la mère que pour l'enfant ?

Nous avons eu l'idée, sur l'instigation de M. Tiffeneau, pharmacien de l'hôpital Boucicaut, d'étudier l'emploi de produits hypnotiques dérivés de l'urée.

Nous ne sommes pas les premiers, puisque l'hémypnal composé de Dial et d'éthylmorphine jouit de la faveur de certains accoucheurs, Schicklé, de Strasbourg, entre autres.

Chimie et Pharmacologie

Si on suit la classification de M. Richaud sur les hypnotiques, qui les range par groupe fonctionnel, on peut voir qu'il existe :

Des hypnotiques à groupe fonctionnel alcaloïdique :
Opium, morphine.

Des hypnotiques à groupe fonctionnel aldéhydique :
Chloral.

Des hypnotiques à groupe fonctionnel cétonique :
Sulfonal.

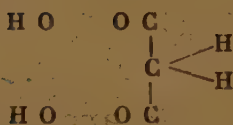
Des hypnotiques à groupe fonctionnel amide acide :
Uréthane.

Des hypnotiques du groupe des Uréides : Dial, Véronal, etc.

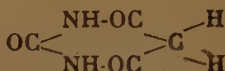
En associant ces deux derniers produits à poids égal, on obtient l'acide diéthyl-diallyl barbiturique que l'on peut neutraliser par la diéthylamine, moins toxique que la soude.

On obtient ainsi le Diéthyl-diallyl barbiturate de Diéthylamine, hypnotique puissant et stable.

Chimiquement, l'urée ne jouit pas de propriétés hypnotiques ou analgésiques propres, mais en la combinant à l'acide malonique :



et par élimination d'eau (2 H²O) on obtient.

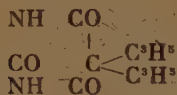


qui est l'acide barbiturique ou malonylurée. Celui-ci n'a pas de propriétés hypnotiques, mais les deux atomes d'hydrogène peuvent être remplacés par des atomes hypnogènes.

En faisant agir des radicaux éthyle sur l'hydrogène labile de l'acide barbiturique, on a le Véronal (acide diéthyl barbiturique) :



En s'adressant au radical allyle C³ H⁵, on a le Dial (acide diallyl barbiturique) :



Ces corps sont presque insolubles, donc doués d'une action lente ; en les solubilisant à la soude, on a presque sûrement une rupture du noyau hypnogène, aussi s'est-on adressé à la diéthylamine.

Les nombreuses recherches qui ont été faites surtout sur les animaux, par Kindler, en 1921, et par Boisnier, en 1921, ont montré son peu de toxicité.

Il n'influence pas la sécrétion urinaire et ne modifie

pas l'élimination des matières azotées. On ne note pas de troubles de la pression artérielle et pas de modification du pouls.

Son emploi, déjà étudié dans les insomnies, les agitations mélancoliques, a rendu de grands services.

D. et J. Bardet ont étudié son utilisation comme anesthésique chirurgical, en injections intraveineuses ou intramusculaires et ont obtenu une anesthésie complète, malheureusement trop fugace pour permettre une intervention ; l'emploi d'un peu d'éther était nécessaire.

Les études faites sur le chien et la grenouille par Kandler montrent que le Dial se montre trois fois plus actif que le Véronal et que ces deux substances se montrent équivalentes en toxicité en tenant compte de leur activité.

Pour analyser l'action de cette substance au cours du travail normal, nous devons nous poser trois questions :

Que doit-on conserver ? La contractilité utérine régulière.

Que doit-on supprimer ? La douleur.

Que doit-on éviter ? Une action toxique pour la mère ou pour l'enfant.

Dans les trente cas que nous avons eu à suivre, nous n'avons pas observé de retard dans la dilatation, ni dans l'expulsion ; bien mieux, ce temps nous a paru raccourci de façon importante.

Sans vouloir faire de notre analgésique un eucytocique, nous nous bornons à enregistrer les faits, notre expérience portant sur un nombre de cas insuffisant à ce sujet.

Peut-être peut-on expliquer ce fait par la présence d'urée dans le sang et tous les accoucheurs ont constaté que les urémiques ont un travail généralement court.

Par quel mécanisme agit le Dial-Véronal ? A-t-il des propriétés anesthésiques vraies ? Sa composition ne le fait pas supposer.

Il faut conserver son classement dans les hypnotiques, comme le fait Richaud. Mais tout comme l'opium ou la morphine, il faut le ranger parmi les hypnotiques *indirects*.

C'est par son action sur le système nerveux central que le Diéthyl-diallyl barbiturate de diéthylamine a des propriétés analgésiantes. Il détermine une somnolence marquée, au cours de laquelle les douleurs sont bien moins **perceptibles**. Mais il est impossible de préciser actuellement la localisation de tous ces produits dans telles ou telles cellules de l'axe nerveux central.

Etude Clinique

Chez qui peut-on employer cet analgésique nouveau ?
Chez toutes les femmes, si comme tout nous le fait croire il ne semble pas leur être nuisible.

Dans les trente cas que nous avons étudiés, l'analgésie n'a été appliquée que sur des femmes normales, primipares ou multipares, avec présentation céphalique.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'expérimenter dans des cas dystociques, mais nous sommes convaincus que l'analgésie pourrait être employée, car comme nous le verrons par les observations, l'acte obstétrical a toujours été d'une régularité parfaite.

Dans quelles conditions cette analgésie sera-t-elle recherchée ?

1° Le travail doit être nettement commencé et la dilatation effective. C'est toujours ainsi que nous avons procédé pour nous mettre à l'abri de toute critique.

Que de parturientes, surtout les multipares à col largement déhiscent ont, au terme de leur grossesse, des faux débuts de travail. Si on l'appliquait chez elles, il serait aisé de venir ensuite accuser la méthode d'arrêts du travail.

2° A quel moment du travail ?

Ici nous devons ouvrir une parenthèse. Comme nous le verrons dans le chapitre « Technique », l'anesthésie ne se produit pas immédiatement, ce n'est qu'après une heure ou un peu plus que l'hypnotique commence à agir vraiment ; il ne s'agit pas d'obtenir la tendance au sommeil, mais bien d'analgésier.

Il convient donc de l'appliquer suffisamment tôt.

Deux cas se présentent.

a) LES PRIMIPARES.

Chez une primipare où on aura observé successivement le début du travail, contractions douloureuses, effacement du col, puis dilatation, c'est quand celle-ci atteint 2 fr. qu'il convient de pratiquer l'injection, on est sûr ainsi de voir l'effet se produire suffisamment tôt, pour que l'analgésie soit obtenue vers 5 fr.

De plus, en opérant sur des femmes que nous avons choisies et suivies, nous étions sûrs d'intervenir en plein travail.

b) LES MULTIPARES.

Ici le problème est plus difficile. On sait que le travail est sensiblement plus court et il convient donc, pour obtenir un résultat efficace, d'intervenir plus tôt.

Nous croyons, d'après nos expériences, qu'il ne faut agir que si le travail est bien commencé ; or, on connaît ces cols largement ouverts des multipares et qui vont s'effacer avec une rapidité considérable. Aussi est-ce dès que nous sommes assurés du rythme régulier des

contractions au début du travail, toutes les 10 ou 15 minutes, qu'il convient d'injecter l'analgésique.

Le temps nécessaire à l'effacement du col correspondra à peu près à la période de diffusion de l'analgésique, et nous croyons que cette technique doit être suivie.

Dans aucune de nos expériences sur des primipares ou sur des multipares nous n'avons eu à faire usage du forceps. Nous ne nous sommes servis d'hypophyse qu'une fois pour un travail irrégulier.

Il n'y a pas eu lieu à intervention, ce qui paraît confirmer que la contractilité utérine n'est pas modifiée.

A titre d'expérience nous avons parfois employé l'hypophyse chez quelques femmes, pour étudier la combinaison de ces deux produits et voir s'il n'était pas possible, tout en raccourcissant la durée du travail, d'obtenir une analgésie suffisante.

Les injections de diéthyl-diallyl barbiturate de diéthylamine étaient pratiquées sur des parturientes multipares présentant un col largement ouvert, ayant parfois perdu les eaux prématurément, avec des contractions rares et espacées et dont le travail menaçait de traîner considérablement.

Une heure et demie après, quand la période analgésique était nettement établie, une injection de un demi ou trois-quarts de centimètre cube d'hypophyse nous a permis d'observer des contractions fréquentes, puissantes, régulières, non douloureuses et suivies d'une expulsion très rapide, favorisée par la souplesse des parties molles.

Nous croyons, dans ces cas, avoir rendu service à dou-

ble titre. D'abord en raccourcissant un travail trop lent, et dans certains cas où les membranes étaient rompues, en évitant peut-être des chances d'infection ; en second lieu en réalisant un accouchement indolore.

La technique de l'emploi de cet analgésique est d'une grande simplicité. Le diéthyl-diallyl barbiturate de diéthylamine peut être employé sous deux formes.

La voie buccale, excellente peut-être dans un but purement hypnotique, mauvaise croyons-nous en obstétrique, où les parturientes ont fréquemment des nausées et des vomissements ; de plus, la dose correspondante aux doses injectées, serait de quatre-vingt gouttes, quantité qui peut être par son goût fort désagréable à ingérer.

En injection, dont le titre a été de 0 gr. 20 centigrammes, soit 10 centigrammes de chaque (Dial-Véronal) par centimètre cube et à la dose de 3 à 4.

En injections, deux façons de l'utiliser :

a) Intraveineuse, que nous n'avons pas voulu employer, quoique Bordet en ait montré le peu de danger. Il nous paraît y avoir peu de raisons d'agir de façon très rapide et même brutale :

b) Intramusculaire, mode adopté, en plein quadriceps et profondément.

L'injection est peu douloureuse, à peine pendant quelques secondes. Elle est toujours bien tolérée ; nous n'avons jamais observé dans nos expérimentations, ni réaction locale, ni douleur secondaire, ni rougeur, ni escharre.

De plus, dans cette forme intramusculaire, le temps de diffusion nous a toujours paru suffisamment rapide.

Quels sont les phénomènes observés au cours de l'analgésie ?

Une demi-heure environ après l'injection, on peut déjà observer certaines modifications de l'habitus : facies un peu rouge ; tendance à la somnolence, mais avec encore perception de la douleur.

Au bout d'une heure, en pleine analgésie, la femme a le regard brillant. Elle est en état de somnolence marquée, elle répond aux questions, la parole un peu lente, avec association d'idées très ralentie. La femme paraît en état d'ivresse, avec somnolence d'où on peut la tirer très facilement.

Que deviennent les contractions ?

Nettement conservées et aussi régulières qu'auparavant, augmentant même d'importance avec la progression du travail. Nous avons pu le constater non seulement en les comptant en fréquence et en durée ; mais de plus, avec l'aide de l'hystérographe de Fabre, nous avons pu obtenir des tracés particulièrement intéressants, en tout points conformes à l'observation clinique.

Ces contractions sont indolores ou presque ; en tout cas, nombre de femmes nous ont remercié de l'analgésie ainsi procurée.

Les contractions sont à peine perçues, quelquefois pas du tout. La femme tirée de sa torpeur accuse par un gémissement la « douleur », alors que la même femme une heure auparavant poussait des cris parfois pénibles à entendre.

Au cours de la période d'expulsion, la femme sem-

ble conserver une lucidité suffisante pour avoir envie de « pousser ».

Les efforts expulsifs sont satisfaisants, et il suffit à chaque contraction d'inciter la femme à pousser, pour obtenir un résultat analogue à celui des femmes non anesthésiées.

Le dégagement de la tête à la vulve se fait sans douleur. En tout cas, il n'est pas perçu de façon spéciale ; des parturientes analgésiées ont été tout étonnées d'apprendre que l'accouchement de l'enfant était terminé.

La délivrance n'est pas modifiée, le placenta étant extrait par traction simple dans les délais normaux de vingt à vingt-cinq minutes.

Enfin, aucune tendance à l'hémorragie, l'utérus restant toujours tonique.

Après, généralement, sommeil calme et réparateur, d'une durée de quelques heures, d'où les femmes sortent très lucides, avec une amnésie presque totale de l'événement.

Quels sont les effets sur l'enfant ?

Jamais d'enfant né étonné avec apnée ou oligopnée et ayant eu besoin d'être nourri. Une seule mort a été enregistrée chez un enfant ayant crié dès sa naissance et mort quelques heures après d'hémorragie méningée. A noter que dans ce cas l'accouchement avait été particulièrement rapide.

Dans tous nos accouchements aucune application de force ps n'a été nécessaire. Le cas échéant, aurait-elle été

facile ? Sans doute et ne nécessitant peut-être pas d'anesthésie générale ; en effet, dans les cas où il y a eu lieu de pratiquer une petite intervention : suture du périnée, curage immédiat pour délivrance incomplète, délivrance artificielle dans un cas pour enchatonnement du placenta, ces manœuvres se sont toujours montrées très faciles, sans défense de la parturiente.

Résultats cliniques

Nous avons expérimenté notre analgésique sur trente parturientes, à terme ou près du terme. Il s'agissait d'accouchements normaux, à présentation céphalique indifféremment droite ou gauche.

Sur les 30 femmes, il y avait 18 primipares et 12 multipares.

Nous comptons 6 échecs, soit 20 % des cas étudiés ; ces échecs sont imputables à deux causes :

D'abord, au début de nos expériences nous n'avons employé que des doses restreintes par prudence.

Dans 2 cas, la dose employée était de 2 centicubes, alors que 4 en moyenne paraissent nécessaires pour obtenir une analgésie suffisante.

Dans 3 autres cas, nous avons opéré sur 3 multipares dont le travail était trop avancé et dont l'accouchement s'est produit une heure environ après l'injection, ce qui est manifestement trop rapide.

Dans le sixième cas, il s'agit d'une primipare dont le travail a duré 18 heures. Il est évident que dans ce cas l'analgésie a bien existé, mais ne s'est pas prolongée au-

delà de 5 heures, ce qui paraît être la durée de l'analgésie obtenue.

Nous ne croyons pas que l'analgésique soit à incriminer dans cette lenteur du travail. Si, en effet nous nous reportons aux résultats enregistrés dans les 18 observations de primipare, on est tout à fait frappé de constater que le travail, à partir d'une dilatation de 2 à 5 fr., a duré, expulsion comprise, de 3 heures à 4 heures, ce qui est remarquablement court.

Une seule fois nous avons employé de l'hypophyse, mais à une dose remarquablement faible : 1/4 de centimètre cube d'hypophyse Choay, pour un travail irrégulier.

Dans les quelques graphiques que nous joignons à certaines observations, on peut constater de même :

1° Que le travail est court :

2° Que les contractions utérines se produisent avec leurs qualités :

de vigueur croissante,

de durée croissante,

de régularité dans leur apparition,

d'augmentation de fréquence à mesure que la dilatation progresse pour, à la période d'expulsion, devenir presque subintrantes avec de très courts moments de repos.

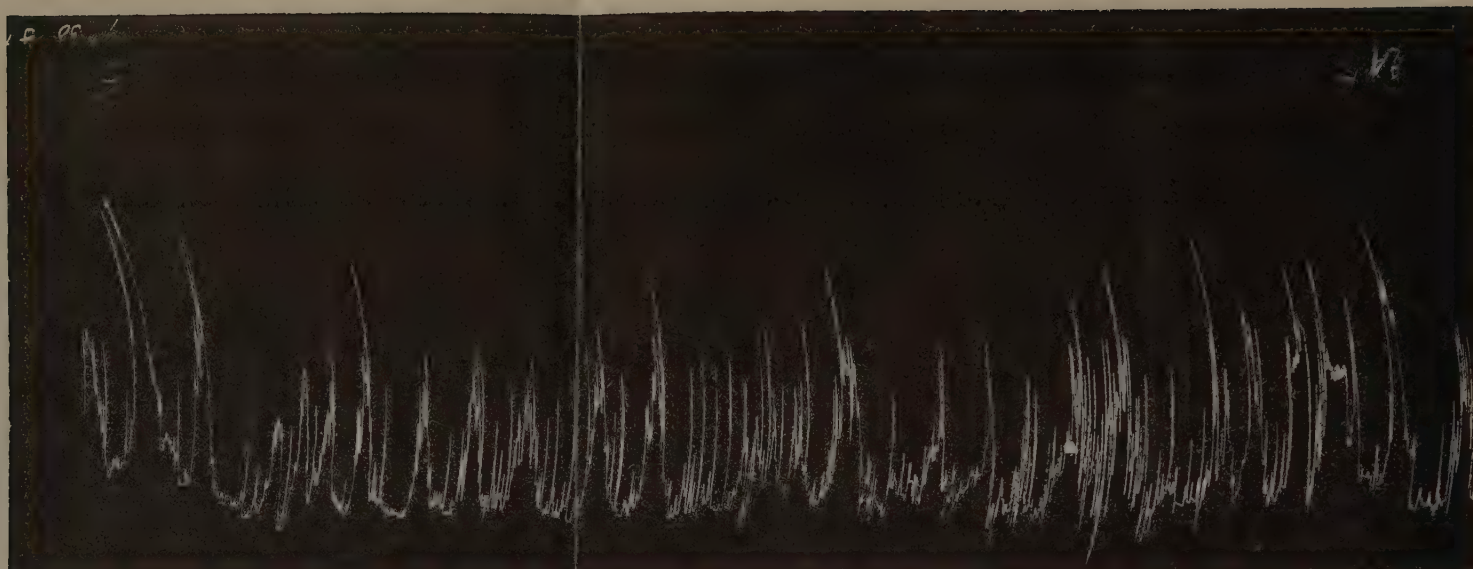
Enfin, quel est le résultat sur l'enfant ?

1 seul décès par hémorragie méningée 2 heures après l'accouchement.

Quant aux autres accouchements, jamais d'enfants nés étonnés ; ils ont toujours crié dès leur naissance.

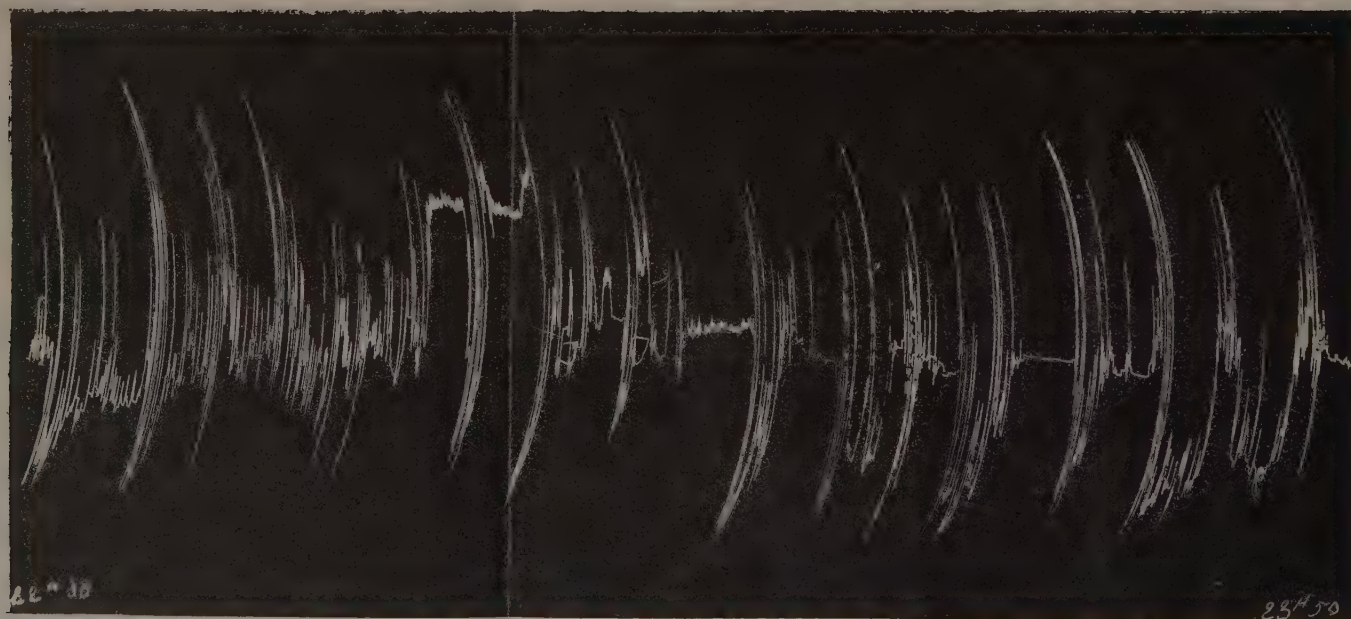
Comment se fait l'élimination de l'analgésique ? Par les urines de la mère, où on le retrouve toujours dans les heures qui suivent.

Chez l'enfant, les doses qui peuvent être mises en circulation sont infinitésimales, et leur recherche, diminuée d'intérêt par le peu de toxicité, en est très difficile.

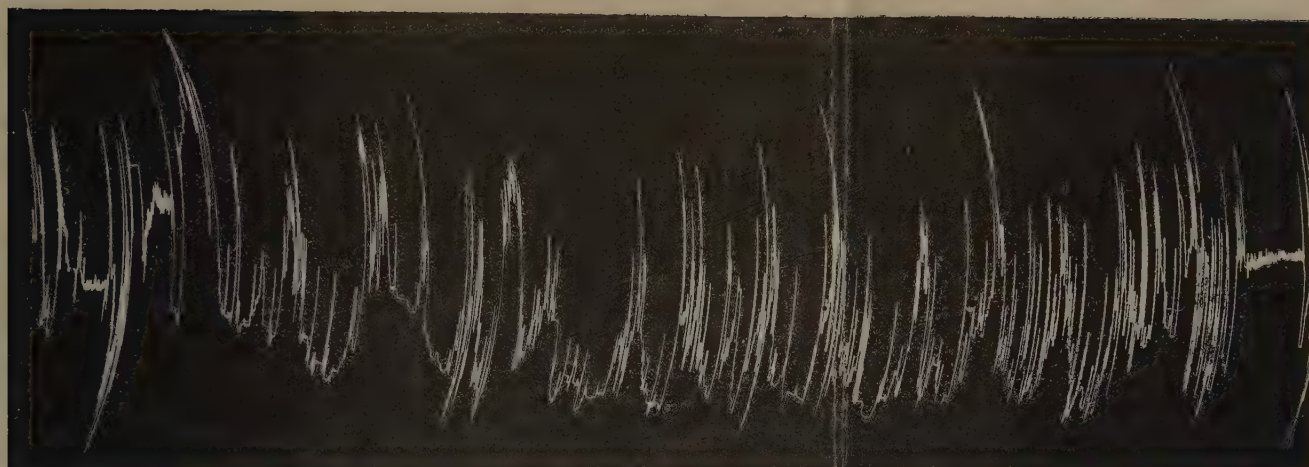


19 h. 30
Injection de Dial Véronal.

21 h.

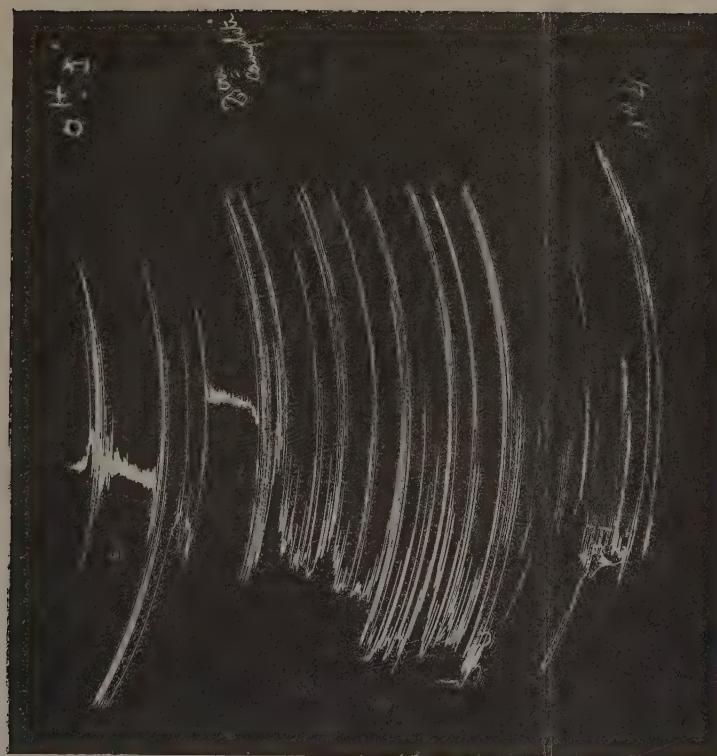


Mme L... Eugénie, 25 ans, I p.
Observation n° 1



21 h.

22 h. 30



0 h. 05

0 h. 40

Cer

Observations

Toutes les observations qui vont suivre ont été prises à la Maternité de Boucicaut, dans le service de M. le D^r Funck-Brentano.

OBSERVATION I

Mme L... Eugénie, 25 ans, 1 pare.

Il s'agit d'une primipare admise le 13 mai à 22 heures.

Présentation céphalique en O I G T.

Membranes rompues ; dilatation lenticulaire. B. D. C. bons.

Le 14 mai à 17 heures, la dilatation est de 2 fr.

A 1 h. 30 : la dilatation atteint 5 fr. B. D. C. bons.

Tête orientée en O I G' A.

On injecte 4 centicubes de Dial-Véronal, en même temps que l'on installe l'hystérographe.

A 20 h. 45 : Somnolence interrompue par les contractions.

A partir de 21 heures commencement de l'analgésie.

A 23 h. : Dilatation grande paume. Les contractions encore perçues sont très peu douloureuses. Il existe entre chaque contraction une somnolence marquée.

Le 15 mai, à 0 h. 20 : Dilatation complète.

Commencement des efforts expulsifs.

A 1 h. 20 : Accouchement spontané, garçon vivant, pesant 3070 grammes.

A 2 h. : Délivrance naturelle et complète : 470 gr.

L'analgésie commence à partir de 21 heures, la somnolence ayant débuté avant.

Les contractions restent régulières.

On ne note pas d'hémorragie après l'accouchement.

Le lendemain amnésie presque complète. La femme ne se plaint que de la lenteur du travail qui a duré 25 heures.

La deuxième partie, après l'injection du Dial Véronal (à 5 fr. de dilatation), n'a duré que 6 heures.

Etude graphique.

On constate que les contractions sont restées régulières.

23 contractions jusqu'à 21 heures.

De 21 h. à 22 h. 30 : 22 contractions.

De 22 h. 30 à 24 h. : 20 contractions. A noter à ce moment des moments de repos bien marqués.

De 24 h. à 0 h. 15 : 5 contractions fortes.

De 0 h. 15 à 0 h. 40 : expulsion ; le tracé montre à ce moment les efforts expulsifs.

OBSERVATION II

(698)

Mme D... Berthe, 27 ans, 1^{re} pare.

Début du travail le 10 mai, à 22 heures.

Admise le 11 mai à 5 heures.

Dilatation 2 francs. Membranes intactes.

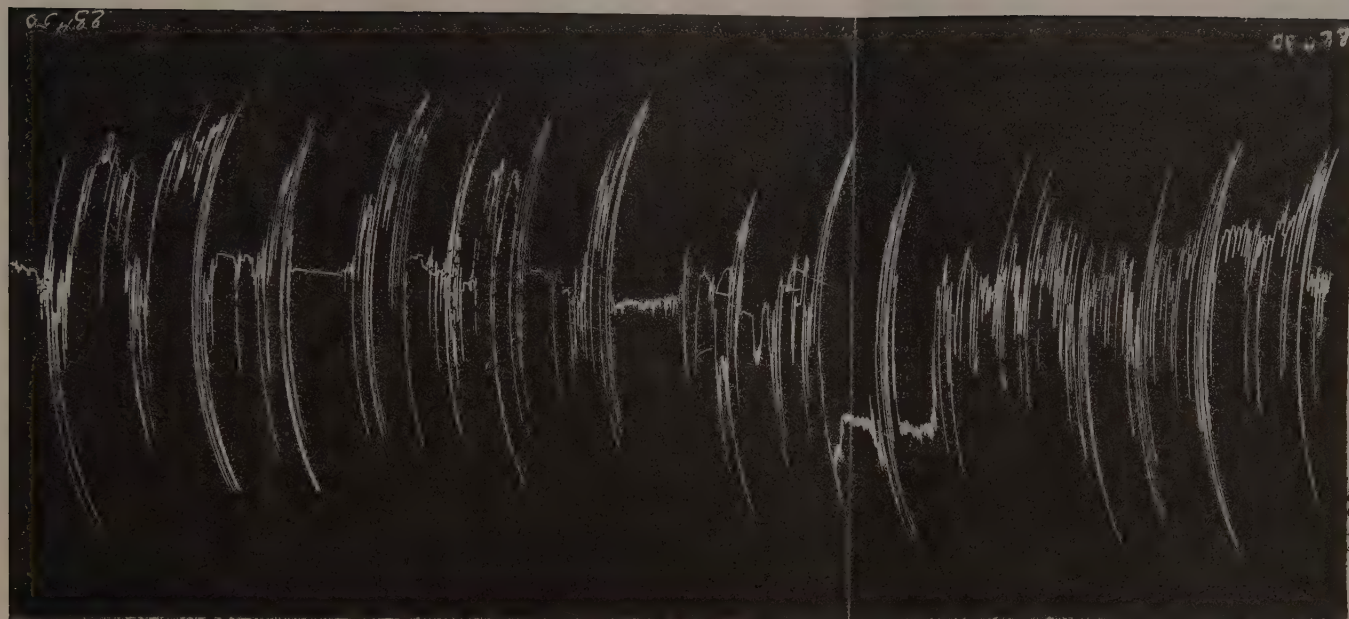
Le 11 mai, à 10 h. : Dilatation 5 fr.

Membranes intactes. B D C bons.

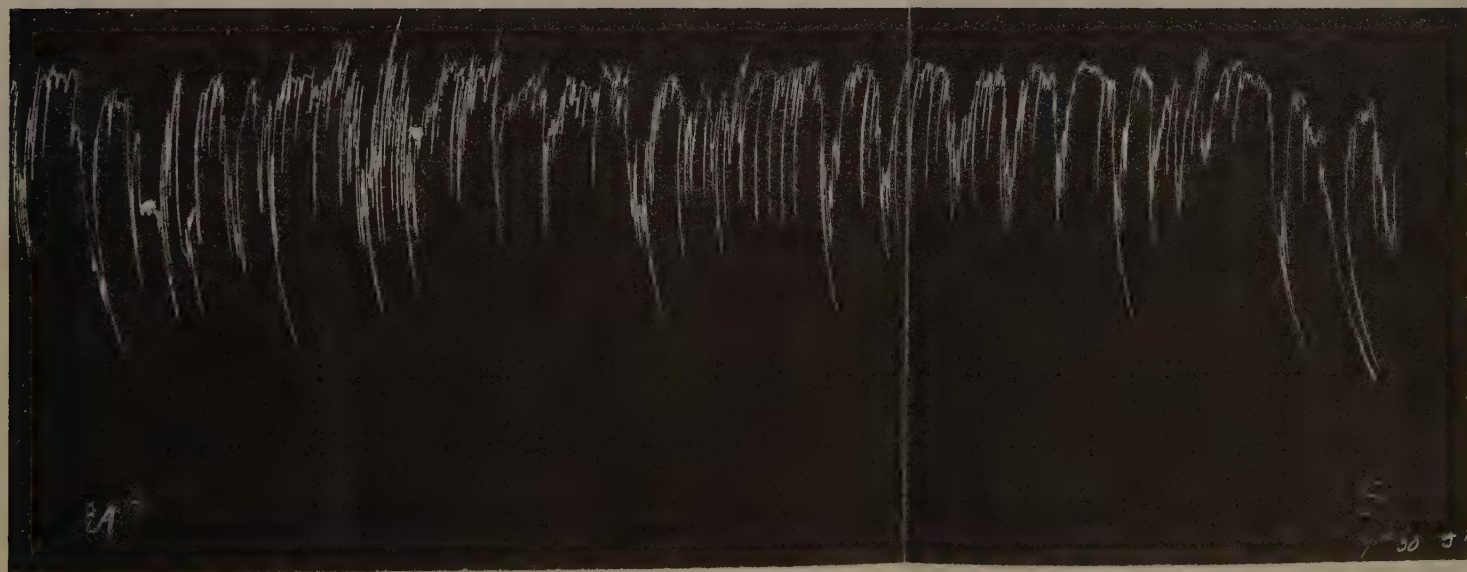
A 10 h. 15 : 3 cc. $\frac{1}{2}$ de Dial Véronal ; contractions douloureuses espacées ; douleurs lombaires marquées.

A 11 h. : Pouls 76.

Début de la somnolence. Le faciès se colore.

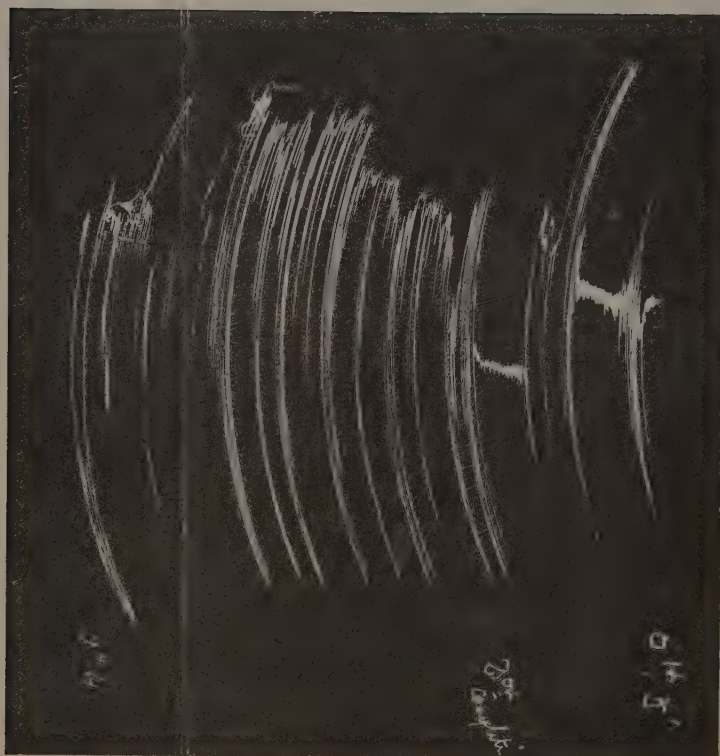


Mme L., Eugénie, 25 ans, 1 p.
Observation n° 1



19 h. 30
Injection de Dial Véronal.

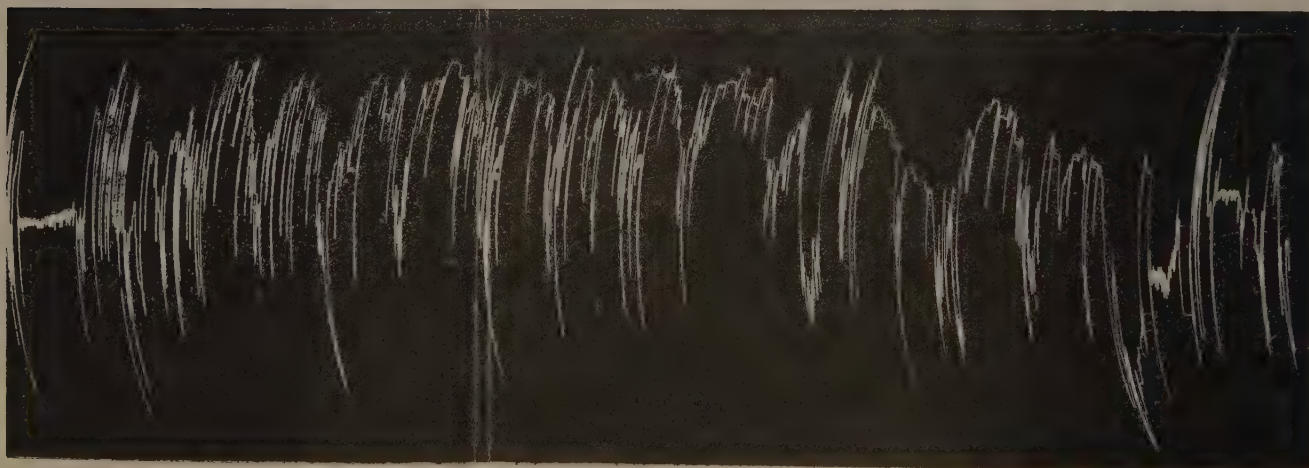
21 h.



0 h. 05

0 h. 40

Cet



21 h.

22 h. 30

De 11 à 14 h. : Contractions régulières toutes les 3 minutes ; très peu de douleur.

A 14 h. : Dilatation complète.

Rupture artificielle des membranes.

Pouls 80. B D C bons, 130.

Début des efforts expulsifs.

14 h. 45 : Accouchement spontané, garçon vivant, pesant 2.900 gr., ayant crié dès la naissance.

15 h. 10 : Délivrance naturelle et complète pesant : 520 gr.

Pas d'hémorragie.

Action analgésique : anesthésie presque complète ; travail rapide depuis 10 h. 15 à 4 h. 30 de 5 fr. jusqu'à l'accouchement.

Le travail semble accéléré, puisque la parturiente a mis 5 heures pour aller de 2 fr. à 5 fr.

Etude du graphique. A 10 h. 15 : dilatation 5 fr., moment où on pratique l'injection (S), on peut noter pendant près de $\frac{3}{4}$ d'heure que les contractions sont espacées et peu marquées.

Plus régulière à partir de ce moment et plus forte en même temps qu'analgésie, jusqu'à 14 h., où la dilatation est complète et où la poche des eaux se rompt spontanément.

A partir de 14 heures, expulsion qui dure 45 minutes, contractions fortes et prolongées se produisant toutes les 2 minutes environ puisque on en compte 24 en 45 minutes avec une durée de près d'une minute chaque.

OBSERVATION III

(N° 532)

Mme G. Juliette, H Pare, 23 ans.

Admise le 10, à 17 h. 30. Présentation : sommet. Dos à

droite. Tête non engagée. Col en voie d'effacement. B D C bons.

11 h. à 6 h. : Dilatation 2 fr.

9 h. 30 : Dilatation 5 fr.

3 cc. 5. Somnolence.

Douleurs toutes les 3 minutes, puis sommeil entrecoupé de gémissements toutes les 3 minutes au moment d'une contraction.

11 h. 40 : Dilatation complète.

Rupture de la poche des eaux.

11 h. 45 : Accouchement spontané garçon vivant, 2.820 grammes.

12 h. 15 : Délivrance naturelle et complète : 500 gr.

Action. — 1 heure après injection.

Contractions régulières toutes les 3 minutes dans une véritable somnolence, entrecoupée de gémissements.

Expulsion non douloureuse très rapide ; très bon résultat anesthésique.

L'enfant crie dès sa naissance.

Une demi-heure après il se cyanose, ranimé, puis décès 2 heures après naissance.

A l'autopsie : hémorragie méningée.

(A noter que le premier enfant est décédé à 3 mois).

T. art. 13 $\frac{1}{2}$. 7.

Pas d'albumine.

Wassermann non fait.

OBSERVATION IV

(N° 662)

Mme G... Gilberte, 19 ans, I Pare

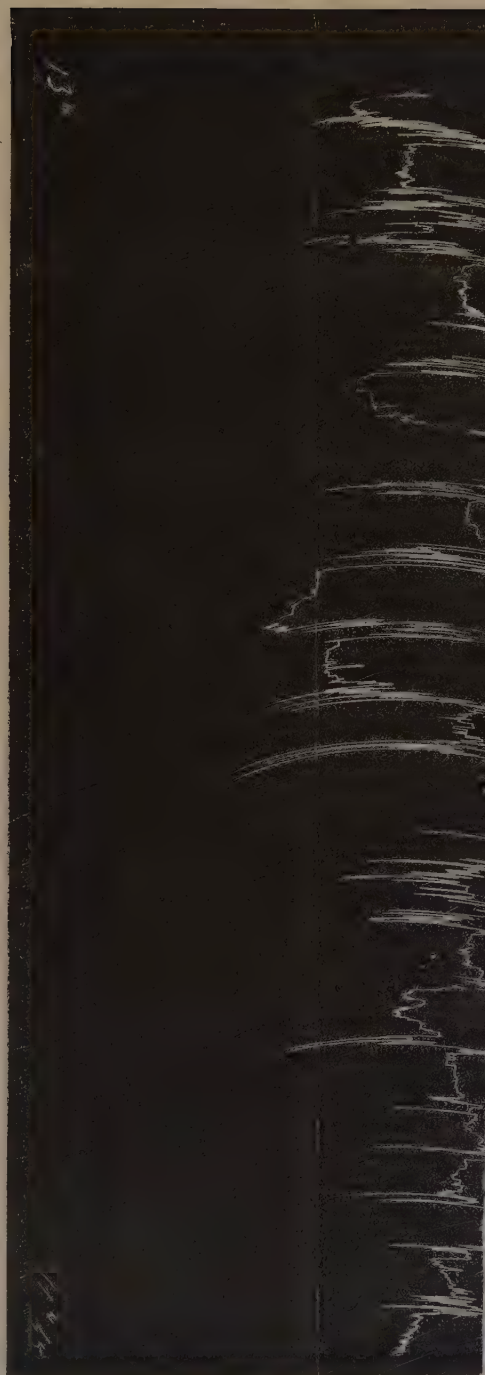
Admise le 4 mai à 16 heures.

A terme. H. U. = 33 cm.



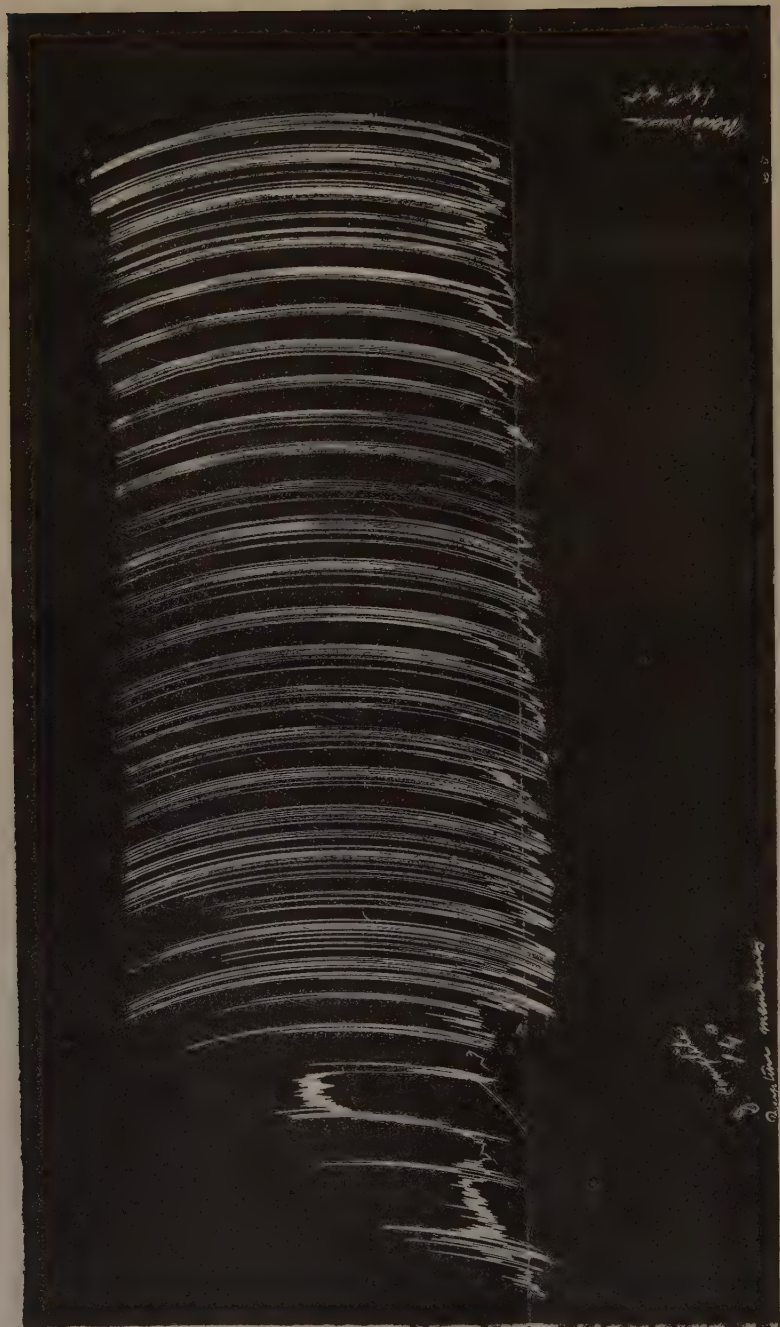
10 h. 15
Injection de Dial Véronal.

11 h. 45



11 h. 45

13 h. 30



Mme D... Berthe, 27 ans, 1 p.
Observation n° 2

Cer.

Tête en O I D P. Dilatation 0.50. Membranes intactes.

B D C bons.

19 h. 40 : Dial Véronal 4 cc.

Dilatation 1 fr. Femme très agitée, poussant des cris violents, parfois véritables hurlements.

22 h. : commencement de l'anesthésie.

Somnolence entre les contractions qui cependant restent perçues ; continue à crier mais beaucoup moins et à certains moments simples gémissements vers 23 heures.

22 h. 30 : Dilatation 5 fr. Rupture des membranes.

23 h. 30 : Dilatation complète.

5 mai : Naissance garçon vivant pesant 4.100 grammes.

Délivrance naturelle et complète, 530.

Anesthésie : Somnolence ; pas d'anesthésie vraie, mais sédation ; l'agitation a diminué et les cris qui ont cessé par moments ont été beaucoup moins aigus.

Le graphique montre qu'à partir de R., moment où le Dial Véronal agit, les contractions restent très régulières.

OBSERVATION V

(N° 620)

Mme L... Emilie, 24 ans, 1 pare.

Admise le 26 avril, à 15 heures, à terme.

O I G A, B D C bons.

Dilatation 5 fr. Membranes intactes.

A 17 h. : Un peu plus de 5 fr. Membranes intactes.

18 h. : 4 cc. de Dial Véronal. Contractions régulières toutes les 3 à 4 minutes.

19 h. 30, début somnolence.

20 h. 45 : Dilatation de paume.

21 h. : Dilatation complète.

22 h. 55 : Accouchement spontané garçon vivant, 3.870 gr.

23 h. 40 : Délivrance naturelle pour enchatonnement, 450 gr., pratiquée très facilement, la femme en demi-narcose n'a presque rien senti.

Somnolence après 1 h. 30.

Contractions très peu douloureuses ; expulsion indolore ; dégagement tête indolore.

Travail lent ayant nécessité $1/2$ cc. hypophyse, la dilatation n'ayant pas progressé depuis 17 heures, soit en 3 heures ; mais on ne peut rattacher cette lenteur à l'effet de l'hypnotique qui n'a commencé à agir que 1 heure au moins après l'injection.

OBSERVATION VI

(N° 608)

Mme C... Jeanne, 29 ans, 1 Pare.

Admise le 24 avril à 13 heures, à terme.

O I G A : 1 fr., membranes intactes.

A 15 h. 30 : Dilatation 5 fr. B D C bons.

4 cc. de Dial Véronal.

Jusqu'à 16 h. 15 : Contractions régulières toutes les 5 minutes.

A 16 h. : Début de la somnolence.

De 16 h. 18 à 16 h. 50 : Contractions toutes les 2 minutes.

Somnolence très marquée.

A 16 h. 30 : Dilatation complète.

A 16 h. 50 : Efforts expulsifs.

17 h. : Accouchement spontané, fille vivante, 2.990 gr.

Délivrance naturelle et complète : 540 gr.

Expulsion rapide, non douloureuse ; bon résultat anesthésique.



Mme L... Emilienne, 1 p.
Observation n° 5

OBSERVATION VII

(N° 591)

Mme G... Eugénie, 22 ans, 1 Pare.

Admise le 20 avril, à 16 heures.

Dilatation 2 fr. Membranes rompues.

O I G A à 8 mois.

A 18 h. : Dilatation 2 fr. Contractions régulières, mais faibles toutes les 10 minutes.

A 19 heures : Dilatation 5 fr. Contractions irrégulières toutes les 10 minutes, très courtes, 4 cc. de Dial Véronal.

Jusqu'à 22 heures : la femme somnole. Quelques contractions très espacées. Aucune douleur.

A 23 h. : La dilatation peu avancée. Les contractions se produisent alors toutes les 2 minutes, peu douloureuses ; à chacune la femme gémit un peu, puis redevient somnolente.

Expulsion du sommet à 0 h. 20.

Aucune douleur accusée.

0 h. 20 : Accouchement spontané, fille vivante, 2.220 gr.

0 h. 50 : Délivrance naturelle : 420 gr.

L'effet analgésique est bon, malgré la lenteur du travail et l'irrégularité des contractions avant l'injection de Dial Véronal.

OBSERVATION VIII

(N° 535)

Mme B... Marie, 19 ans, 1 Pare.

Admise le 10 avril. Membranes rompues. Col perméable.

Tête en O I D P.

Le 11 à 8 h. : Dilatation 5 fr.

9 h. 30 : Dilatation 5 fr. 4 cc. Dial Véronal ; à ce moment douleurs toutes les 10 minutes.

11 h. 40 : Grande pause.

Somnolence : douleurs très atténuées.

17 h. 45 : Dilatation complète.

18 h. 15 : Accouchement spontané, garçon vivant, 3.070 grammes.

19 h. : Délivrance naturelle, complète : 470 gr.

L'action anesthésique a été très bonne jusqu'à 17 heures.

L'expulsion s'est montrée légèrement douloureuse.

Durée du travail : 9 heures, de 5 fr. à expulsion.

OBSERVATION IX

(N° 503)

Mme C... Jeanne, 1^{re} Pare, 28 ans.

A terme.

Admise le 5 avril, à 8 h. 30. Membranes intactes. Dilatation 5 fr. O I G A.

Le 5, à 14 h. 15 : Dilatation 2 fr.

Contractions toutes les 7 minutes.

A 14 h. 30 : Injection de 4 cc. de Dial Véronal.

De 14 h. 30 à 15 h. : Contractions régulières toutes les 5 minutes.

A 15 h. : Rupture spontanée des membranes.

A 18 h. : Dilatation complète.

18 h. 20 : Naissance fille vivante, pesant 3.290 gr.

19 h. : Délivrance naturelle, complète, 540 gr.

Travail : rapide, 3 h. 30 de 5 fr. à expulsion.

Somnifère. — Somnolence, mais les plaintes continuent cependant 1 heure après accouchement ; aucune souvenir de douleurs.

OBSERVATION X

(N^o 628)

Mme D... Léonie, 30 ans, II Pare.

Admise le 27 avril, à 9 heures.

A terme. Col perméable. O I G T.

Membranes rompues à 4 h., le 27.

A 15 h. : Dilatation 5 fr. 4 cc. Dial Véronal.

16 h. 40 : Accouchement spontané, fille, 3.200 gr.

17 h. 10 : Délivrance naturelle, complète : 620 gr.

Il n'y a que 1 h. 40 après injection, aussi effet peu appréciable pendant la dilatation.

Expulsion et dégagement à peu près indolores.

OBSERVATION XI

(N^o 502)

Mme P... Marie, 21 ans, I Pare.

A terme, H. U. 32 cm.

Entrée le 4 avril à 22 heures.

Col effacé ; pas de dilatation ; membranes intactes.

5 avril, à 7 h. : Dilatation 1 franc.

11 h. 20 : Dilatation 5 fr. Membranes intactes.

Injection de 3 cc. $\frac{1}{2}$ Dial Véronal.

13 h. : Dilatation complète. Rupture spontanée des membranes.

13 h. 45 : Naissance d'un garçon vivant, 2.760 gr.

14 h. 15 : Délivrance naturelle, complète : 500 gr.

A partir de 12 h. : Contractions non douloureuses, régulières toutes les 3 minutes, de durée normale.

Expulsion non douloureuse.

La femme interrogée se plaint seulement du bassin placé sous ses reins.

OBSERVATION XII

(N° 501)

Mme P... Madeleine, 20 ans, 1 Pare.

A terme.

Entrée le 5 avril, à 8 h. 30.

Membranes intactes. B D C bons.

Dilatation 2 fr. O I D P.

A 9 h. 55 : Dilatation 5 fr.

4 cc. de Dial Véronal.

De 11 à 12 h. 30 : Somnolence. Contractions toutes les 4 minutes, non douloureuses.

12 h. 45 : Dilatation complète. Rupture spontanée des membranes.

13 h. 15 : Accouchement spontané fille : 3.300 gr.

13 h. 45 : Délivrance naturelle, complète : 700 gr.

Les contractions ont été régulières de 11 h. à 12 h. 45.

Seule la période d'expulsion s'est montrée un peu plus douloureuse.

Action évidente pendant la dilatation.

Travail rapide : 3 h. 15 en tout, de 5 fr. à expulsion.

S. de C. normales.

OBSERVATION XIII

(N° 266)

Mme G... Marguerite, 23 ans, 1 Pare.

Présentation en O I G T.

Admise à 5 heures, le 19 mars.

Membranes rompues. Liquide teinté fortement. Dilatation

1 fr.

A 14 h. : Dilatation 5 fr.

2 cc. Dial Véronal.

17 h. : Dilatation complète.

17 h. 50 : Accouchement fille vivante, 3.450 gr.

A 18 h. 50 : Délivrance naturelle : 510 gr.

Diminution des douleurs 1 heure après l'injection. Contractions régulières persistent, non douloureuses. La période d'expulsion non retardée et non douloureuse.

OBSERVATION XIV

(N^o 408)

Mme Esther K..., 20 ans, 1 Par.

Admise le 25 mars, à 17 heures.

Présentation en O I G A.

Le 27, à 21 h. : Dilatation 2 fr.

Injection de 4 cc. Dial Véronal.

A 0 h. 30 : Accouchement fille, 2.740 gr.

S. de C. normales.

Femme très agitée, poussant cris violents ; calmée 2 heures après.

Contractions régulières, beaucoup moins douloureuses. Remarque : L'action tardive, mais réelle chez une agitée.

OBSERVATION XV

(N° 476)

Mme M... Yvonne, 21 ans, 1 Pare.

Admise le 31 mars. Dilatation 0.50 à l'entrée. Membranes intactes.

A 10 h. : Dilatation 5 fr.

10 h. 30 : 4 cc. Dial Véronal.

A partir de 12 h. contractions régulières, non douloureuses ; expulsion également ; *simple sensation de défécation* ; rupture spontanée des membranes complète à 12 h. 30.

A 13 h. 15 : Accouchement fille vivante, 3.600 gr.

13 h. 40 : Délivrance : 500 gr., complète.

OBSERVATION XVI

(N° 415)

Mme G... Laurence, 33 ans.

1 Pare, à terme. Entrée le 21 mars, à 22 h. 30.

Col en voie d'effacement.

Présentation en O I D T. B D C bons.

22 mars, à 5 h. : Dilatation 5 fr. Membranes intactes.

Injection de 5 cc. de Dial Véronal.

Les contractions continuent régulièrement, moins douloureuses à partir de 6 heures du matin.

Rupture spontanée des membranes à 7 h. 15.

Expulsion non douloureuse à 7 h. 45 d'un garçon vivant, pesant 3.050 gr.

A 8 h. 10 : Délivrance naturelle complète.

Bonne analgésie.

OBSERVATION XVII

(N° 430)

Mme M... Madeleine, 25 ans, I Pare.

A terme.

Enfant en O I G A.

Le 24 mars, à 14 h. : 5 fr. de dilatation. Membranes intactes.

14 h. 45 : 3 cc. de Dial Véronal.

17 h. 30 : Rupture artificielle des membranes à dilatation complète.

A 17 h. 50 : Accouchement spontané garçon vivant, pesant 3.200 gr.

18 h. 15 : Délivrance naturelle et complète : 500 gr.

On a observé des contractions régulières toutes les 3 minutes ; la somnolence a commencé avec l'analgésie vers 16 heures.

ACTION COMBINÉE DU DIAL VÉRONAL ET DE L'HYPOPHYSE

OBSERVATION XVIII

(N° 273)

Mme D... Marie, 31 ans, III Pare, à terme.

Admise à 18 heures, le 20 février. O I D P.

Col ouvert, dilatable à 5 fr. Membranes intactes.

Peu de douleurs, très espacées.

A 19 h. : 3 cc. de Dial Véronal.

21 h. : même état, pas de douleurs.

21 h. 10 : $\frac{1}{2}$ cc. hypophyse.

21 h. 20 : Accouchement garçon, 2.270 gr.

21 h. 25 : Délivrance : 450 gr.

Contractions très énergiques durant 1/4 d'heure, non douloureuses.

OBSERVATION XIX

(N° 390)

Mme D... G., 37 ans, III Pares.

Admise le 16 mars, à 10 heures.

Col dilatable comme 2 fr. Membranes intactes. O I G A.

Début des douleurs à 8 h.

A 16 h. 20 : 3 cc. de Dial Véronal.

1 h. 30 après, à 17 h. 45 : 0.75 hypophyse.

A 19 h. 30 : Accouchement garçon vivant, 3.000 gr.

20 h. : Délivrance naturelle et complète : 450 gr.

Femme ayant un travail lent. Sous l'action du Dial Véronal, état de somnolence habituelle. Sous l'action de l'hypophyse, les contractions sont plus rapprochées et plus énergiques, non douloureuses. Pendant l'expulsion analgésie complète. Douleur non perçue à la vulve.

OBSERVATION XX

(N° 576)

Mme O..., Albertine, 22 ans, III Pares.

Admise le 17 avril à 9 h.

Col perméable. O I G A.

A 15 h. 30 : 2 fr., membranes intactes, contractions, douleurs très espacées.

4 cc. Dial Véronal.

18 h. 30 : 1/2 hypophyse.

20 h. 30 : Rupture spontanée des membranes.

21 h. 15 : accouchement, fille vivante, 3.350 gr.

21 h. 30 : délivrance normale complète, 600 gr.

Action : contractions peu douloureuses.

Somnolence marquée.

A l'expulsion l'effet du Dial Véronal s'estompe.

Conclusions

Le travail que nous avons l'honneur de présenter, n'est qu'une modeste contribution à l'étude du problème de l'analgésie obstétricale.

Sans pouvoir faire des produits uréiques une panacée, nous croyons qu'un certain intérêt se dégage de nos recherches.

Les produits uréiques étudiés, dial et véronal associés, semblent présenter une combinaison heureuse pour l'obtention de l'analgésie.

Dans nos 30 observations, nous avons obtenu :

1° Le plus souvent une analgésie complète et toujours une sédation évidente, nos rares échecs ne tenant qu'à une insuffisance de dose ou à une application trop tardive.

2° Nous n'avons pas enregistré de ralentissement du travail, au contraire, la conclusion de notre modeste statistique nous conduisant à une opinion inverse.

3° Pas d'effet nuisible sur la mère (pas d'hémorragie) ni sur l'enfant (pas de mort apparente).

4° La toxicité n'apparaît pas aux doses employées. La

tension artérielle n'est pas modifiée et le pouls non plus, chez la mère.

Les bruits du cœur restent constants et normaux chez l'enfant. Comme phénomènes à mentionner après l'accouchement, nous concluons donc que l'analgésie ainsi obtenue est facile, sans contre-indication, sans danger.

Elle se montre parfois excellente, plus souvent efficace et il semble que notre travail puisse être le point de départ d'applications des hypnotiques uréiques.

L'association dial véronal (diéthyl diallyl-barbiturate de diéthylamine), est satisfaisante. C'est, croyons-nous, une voie tracée dans ce sens et sans doute demain la découverte de nouveaux hypnotiques de la même série confirmera et renforcera cette étude.

Vu, le Doyen,

Vu, le Président,

ROGER.

BRINDEAU

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPEL.

Bibliographie

AUVARD. — Traité d'accouchement, Paris 1898. Anesthésie chirurgicale et obstétricale, Paris 1892.

D. et G. BARDET. — Contribution à l'étude des Hypnotiques Uréiques. — *Bulletin général de Thérapeutique* (avril 1921).

BRITISH AND MÉDICAL JOURNAL. — Notes sur la naissance indolore hyoscine et scopolamine, décembre 1917.

BUDIN. — De l'emploi des anesthésiques en Obstétrique. — *Progrès médical*, 1874.

— Chloroforme en obstétrique. Leçon clinique, 28 janvier 1888.

CADOL. — Anesthésie par les injections de Cocaïne, Paris 1900.

CHAIGNEAU. — Etude comparative des divers agents anesthésiques dans les accouchements naturels. — Thèse Paris 1890.

LUCAS-CHAMPONNIÈRE. — Anesthésie Obstétricale. — *Journal de chirurgie*, avril 1878.

DOLÉRIS. — De l'analgésie des voies génitales obtenues par l'application locale de la cocaïne pendant le travail. — Société de Biologie, 1884.

DOLÉRIS et MALARTIC. — Analgésie obstétricale par injection de cocaïne dans l'arachnoïde lombaire. — Académie de Médecine, 17 juillet 1900.

EHRENFEST. — Analgésie et anesthésie au protoxyde d'azote dans le travail normal. — *American journal of obstetric*, février 1921.

- LEROUY MAURICE. — La scopolamine morphine et la contraction utérine. — Thèse de Paris, 10 février 1918.
- PINARD. — Action comparée du chloroforme, du chloral, de l'opium, de la morphine chez la femme en travail.
— Thèse agrégation, 1878.
— *Revue internationale de Chirurgie*. — Anesthésie par la scopolamine-morphine au cours de la parturition, Février 1918.
- SHAMOCKES. — *Deutsche Medical Wochenschrift*. — 18 février 1909.
- THE PRACTITIONER. — Janvier-avril 1917. Twilight sleep Scopolamine
- VIGNE et MADAU. — L'analgésie obstétricale systématique par scopolamine-morphine. — *Journal de Médecine et Chirurgie pratique*, 10 février 1918.
- VIGNE. — Action des substances analgésiantes et anesthésiques pendant la parturition. — *Revue de pathologie générale et d'Hygiène comparée*, sept. 1922.
-

IMP. COMMERCIALE PERRETE, LIMOGES.
